

# Au Backe!

„Aua! Es tut so weh!“ Der siebenjährige Sohn schreit beim gemeinsamen Frühstück im Familienurlaub unvermittelt auf und hält sich die Hand an die linke Wange, die urplötzlich angeschwollen ist. Für die Eltern, beide Ärzte, ist die Blickdiagnose einer Parotitis sofort klar, sodass der Urlaub in einem etwas abgelegenen Bergdorf weder abgebrochen noch eine Praxis in der nächsten Stadt aufgesucht wird.

Rückblickend hatte das Kind wenige Tage zuvor bei einer professionellen Zahnreinigung lange den Mund geöffnet sowie am Vortag bei einer Bergwanderung viel geschwitzt, was eine erhöhte Speichelviskosität erklären könnte. Trotz Erhöhung der Trinkmenge und sauren Bonbons kommt es allerdings bei den nächsten Mahlzeiten auch am Folgetag zu zunehmend länger dauernden und stärkeren Schmerzepisoden sowie progredienter essensunabhängiger Drüenschwellung und Rötung der Wangenhaut (Abbildung 1), sodass eine medikamentöse Therapie mit Amoxicillin und Prednisolon aus Beständen der lokalen Dorfapotheke begonnen wird. Hierunter stellt sich nach nur einem Tag Beschwerdefreiheit ein.

Eine Rezidivprophylaxe mit Zitroneneis wird gerne angenommen (Abbildung 2), und in den Folgemonaten tritt keine erneute Episode auf. Eine Sonografie nach Reiserückkehr zeigt keine parotidealen Auffälligkeiten mehr.

## Kommentar

Eine plötzliche essensabhängige, schmerzhaft Schwellung submandibulär oder parotideal ist suggestiv für die a. e. obstruktive Entzündung einer Kopfspeicheldrüse. Konkrementbildung von Speichelbestandteilen (Sialolithen) wird durch viskösen Speichel oder Gangstenosen gefördert; letztere können wiederum anlagebedingt, entzündlich, mechanisch-kompressiv, traumatisch oder poststradiogen bedingt sein.

Entzündliche, primär nicht obstruktive Sialadenitiden werden unter anderem durch virale und bakterielle Erreger verursacht, aber auch durch Autoimmunprozesse. Durch die Neigung von länger bestehenden Speichelretentionen diverser Ursachen zu bakterieller Superinfektion sowie durch die zunehmende Stenosierungs- und Vernarbungstendenz einer häufiger entzündeten Drüse im Sinne eines Circulus vitiosus lassen



Abbildung 1: Rötung und Schwellung der linken Regio parotidea bei einem siebenjährigen Kind.

sich teilweise im Verlauf rezidivierender Sialadenitiden ätiologische Varianten nicht immer eindeutig oder für das pragmatische Vorgehen relevant voneinander trennen. Nicht selten bleibt auch bei rezidivierenden Episoden von Sialadenitiden im Kindes- und Erwachsenenalter die Ätiologie unklar.

Im Falle der erstmaligen Symptomatik einer akuten Sialadenitis bzw. Sialolithiasis kommt es in den meisten Fällen unter simplen Maßnahmen zur Drainageförderung (manuelle Drüsenmassage, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Sialogoga wie Kaugummi oder saure Drops) sowie symptomatischer Analgesie zum Beispiel mit Ibuprofen zu einer raschen Beschwerde- und Befundbesserung, teils innerhalb weniger Stunden. Beim Bild einer bakteriellen Superinfektion mit gegebenenfalls erysipelartiger Rötung der Gesichteweichteile ist eine Antibiose indiziert (zum Beispiel Amoxicillin/Clavulansäure), bei starken oder therapieresistenten Schwellungszuständen eine antientzündlich-antiödematöse Therapie mit Steroiden (zum Beispiel Prednisolon).

Bei Therapieresistenz, Rezidiven oder unklarer Befundkonstellation ist eine HNO-fachärztliche Vorstellung zur Veranlassung weiterer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sinnvoll, gegebenenfalls auch zur Koordination radiologischer, internistischer oder zahnärztlicher Konsile.

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.*



Abbildung 2: Einfache Basismaßnahmen sind zur Behandlung unkomplizierter Sialadenitiden häufig effektiv und sogar ausreichend.

## Autoren

Privatdozent Dr. Thomas Braun, MHBA<sup>1</sup>  
Dr. Franziska Braun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
Maximilianstraße 7, 86150 Augsburg

<sup>2</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,  
Universitätsklinikum Augsburg,  
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg